

# 財團法人台北天宮 行天宮醫學系學生助學金申請書

頁次：1/2

申請日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

| 申請人基本資料                                               |                                                                                                                               |       |                                                          |        |            |                  |   |                                          |   |     |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------|--------|------------|------------------|---|------------------------------------------|---|-----|--|--|--|--|
| 姓 名                                                   |                                                                                                                               | 性 別   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 出生年月日  | 年          | 月                | 日 | 1 吋照片<br>黏 貼 處<br>(照片背面<br>請註明<br>學校、姓名) |   |     |  |  |  |  |
| 國 籍                                                   |                                                                                                                               | 身分證字號 |                                                          |        |            |                  |   |                                          |   |     |  |  |  |  |
| 聯絡電話                                                  | 家：(    )                                                                                                                      |       |                                                          | 手機：    |            |                  |   |                                          |   |     |  |  |  |  |
| 電子信箱                                                  |                                                                                                                               |       |                                                          |        |            |                  |   |                                          |   |     |  |  |  |  |
| 戶籍地址                                                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |       |                                                          | 市<br>縣 | 鎮區<br>鄉市   | 路<br>街           | 段 | 巷                                        | 弄 | 號 樓 |  |  |  |  |
| 通訊地址                                                  | <input type="checkbox"/> 同上戶籍地址                                                                                               |       |                                                          |        |            |                  |   |                                          |   |     |  |  |  |  |
|                                                       | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |       |                                                          | 市<br>縣 | 鎮區<br>鄉市   | 路<br>街           | 段 | 巷                                        | 弄 | 號 樓 |  |  |  |  |
| 就讀學校 (新入學學生填寫即將就讀學校)                                  |                                                                                                                               |       |                                                          |        |            |                  |   |                                          |   |     |  |  |  |  |
| 校 名                                                   | <input type="checkbox"/> 公立<br><input type="checkbox"/> 私立                                                                    |       |                                                          |        | 目 前<br>年 級 | 醫學系____年級第____學期 |   |                                          |   |     |  |  |  |  |
| 校 址                                                   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |       |                                                          | 市<br>縣 | 鎮區<br>鄉市   | 路<br>街           | 段 | 巷                                        | 弄 | 號 樓 |  |  |  |  |
| 學業成績                                                  | ____學年度第____學期總平均____分 (新入學學生無須填寫此欄位)                                                                                         |       |                                                          |        |            |                  |   |                                          |   |     |  |  |  |  |
| 家庭狀況 (已受助學生請填寫近況、學習成效及成績等)                            |                                                                                                                               |       |                                                          |        |            |                  |   |                                          |   |     |  |  |  |  |
| 請簡述家庭成員及健康情況、家庭收支(經濟狀態)、租屋或房屋不動產情況等足以認定家庭經濟缺乏或困難者之說明： |                                                                                                                               |       |                                                          |        |            |                  |   |                                          |   |     |  |  |  |  |

**「申請書」及「個資法蒐集個人資料」同意簽名**

本人已詳閱相關辦法及申請書內容，並同意提供個人之申請資料予 貴法人辦理〈行天宮醫學系學生助學金申請專案〉使用。本人亦明白依「個人資料保護法」規定本人得行使之權利(詳下備註「個資法蒐集個人資料告知事項」)。前述資料，本人同意由 貴法人依規定銷毀，而不予退還。(※未完整簽名或蓋章者將不予受理，未滿 20 歲之申請人須請法定代理人一併簽名始得生效)

\*申請人：\_\_\_\_\_ (必填)

\*法定代理人：\_\_\_\_\_ (與申請人關係：\_\_\_\_\_)

**附繳證明審查 (以下文件由申請人自行檢覆勾選)，共 \_\_\_\_\_ 件**

- ☐ 申請書
- ☐ 自傳(直式橫書 A4 格式，請以 600 字至 1000 字文字撰述個人為何選擇醫學系就讀、求學歷程、人生觀、個人優缺點、生涯規劃及服務社會等之看法)
- ☐ 全戶戶籍謄本正本(最近三個月內)
- ☐ 新入學學生之入學通知單(入學後補附在學證明)
- ☐ 在學學生
- ☐ 申請時在學證明或學生證正反面影本(須加註申請時學期註冊章)
- ☐ 學業成績單正本(申請時前一學期成績單)
- ☐ 學生助學金權重基準表
- ☐ 經濟缺乏證明：\_\_\_\_\_張(稅捐機關核發之監護人或戶長「全國財產總歸戶資料清單」、其他足以證明經濟困難情況之文件)或(中)低收入證明。
- ☐ 本人或家中親人身心障礙證明/重大傷病卡/罕見疾病診斷證明文件：\_\_\_\_\_張
- ☐ 租屋契約、債務證明：\_\_\_\_\_張
- ☐ 其他：(公益活動相關證明文件。參與行天宮公益活動，則無須檢附資料)

**附記：**

- 一、申請時間：第一學期於六月底前(限繁星推薦或經學測個人申請之新生)或八月底前申請；第二學期於三月十日前申請，請以掛號郵寄至本法人，以郵戳為憑。
- 二、請將 A4 尺寸之申請文件，以長尾夾(不建議使用釘書針)依序整件完成。  
掛號逕寄：104002 台北市中山區中山北路一段 144 號〈行天宮醫學系學生助學金小組〉收。  
聯絡電話：(02)2567-1688 轉 113、127。
- 三、未填寫線上表單，逕行寄送紙本資料者，其申請案不予受理。
- 四、送審資料經查若有不實或逾期送(補)件者，其申請案不予受理。
- 五、受助學生每學期皆須依本辦法重新提出申請，未提出者停止補助。
- 六、凡受助學之學生請參與本會及所屬志業舉辦之公益活動，或積極投入社會工作、改善經濟缺乏族群處境，以實踐 關聖帝君傳世明訓「讀好書 說好話 行好事 做好人」自我勉勵。

**備註：**

醫學系學生助學金申請電子表單 <https://www.ht.org.tw/religion236.htm>  
 醫學系學生助學金實施辦法 <https://www.ht.org.tw/religion235.htm>  
 個資法蒐集個人資料告知事項 <https://goo.gl/d5DcFx>

